

## زمینه و شرایط خانوادگی مؤثر بر عود اعتیاد، یک پژوهش کیفی

اعظم پیله‌وری<sup>۱</sup>، محمدحسین جوادی<sup>۲</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** از عوامل سبب‌ساز در روی‌آوری به اعتیاد و نیز عود آن، خانواده است. خانواده همان‌طور که می‌تواند حامی مصرف‌کنندگان باشد و به‌عنوان سپری در برابر مشکلات پس از قطع مصرف آن‌ها عمل کند؛ می‌تواند زمینه لازم برای عود اعتیاد را نیز فراهم نماید. ضعف دانش لازم برای کار با خانواده‌ها و فقدان تحقیقات بومی در این زمینه، پرداختن به این موضوع را ضروری ساخت.

**روش:** این مطالعه بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر در خصوص نقش خانواده در فرآیند مانایی در درمان اعتیاد بود؛ که با استفاده از روش نظریه‌مبنایی در سال ۱۳۹۵ در شهر تهران انجام شد. مشارکت‌کنندگان بر اساس نمونه‌گیری هدفمند از میان مراجعین مراکز اقامتی میان‌مدت انتخاب شدند. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. داده‌ها، حاصل مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۱۲ نفر از مصرف‌کنندگان و ۱۲ نفر از خانواده‌های ایشان بود. جهت تحلیل داده‌ها از شیوه کدگذاری Strauss و Corbin استفاده شد.

**یافته‌ها:** مقوله اصلی در این پژوهش، ناآرامی در خانواده بود. ناآرامی در خانواده، شامل مفاهیم فرعی نظیر درهم‌تنیدگی؛ مثلث‌سازی؛ رفتارهای تنش‌زا؛ دوری‌گزینی و کاهش ارتباطات و تهدیدهای عملیاتی نشده بود؛ که تحت تأثیر عدم تعادل هیجانی (شرایط مداخله‌گر) شدت می‌یافت. شرایط علی مؤثر بر عود، بر اساس تجربه مشارکت‌کنندگان این تحقیق، باورهای نادرست مصرف‌کنندگان و خانواده‌های ایشان و منبع کنترل بیرونی بود که در بستری از عدم آگاهی واقع می‌شد.

**نتیجه‌گیری:** بینش و ادراک مصرف‌کنندگان و خانواده‌ها در خصوص ماهیت اعتیاد، موجب ایجاد عواطف منفی در ایشان می‌شود. عواطف منفی نیز منجر به تعاملات ناکارآمدی می‌گردد که زمینه عود را فراهم می‌آورد.

**کلیدواژه‌ها:** اعتیاد، خانواده، عود، نظریه‌مبنایی

**ارجاع:** پیله‌وری اعظم، جوادی محمدحسین. **زمینه و شرایط خانوادگی مؤثر بر عود اعتیاد، یک پژوهش کیفی.** مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۸؛ ۸(۲): ۱۹-۱۰۷.

تاریخ چاپ: ۹۸/۶/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۷

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۲۵

۱- دکتری مددکاری اجتماعی، گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران  
۲- استادیار، گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران  
نویسنده مسئول: اعظم پیله‌وری  
Email: pilevari.a@gmail.com

## مقدمه

ناآگاهی خانواده در خصوص چگونگی رفتار با مصرف‌کنندگان مواد؛ و ناتوانی در پذیرش و مواجهه با پیامدهای حاصل از اعتیاد مشکلات فراوانی را رقم می‌زند. غالب خانواده‌ها نمی‌دانند با موقعیت‌های مبهمی که در نتیجه مصرف مواد حاصل می‌شود، چگونه برخورد کنند و مواجهه نامناسب آن‌ها، در بسیاری موارد موجب بروز مشکلات ثانویه‌ای برای ایشان و مصرف‌کننده می‌گردد. اکثر خانواده‌ها نسبت به نقش تأثیرگذاری که در تقویت و یا گسترش مزایای درمان برای مصرف‌کننده دارند؛ بی‌اطلاع هستند (۱)؛ و غالباً شدت درگیری با اعتیاد مصرف‌کننده به حدی است که اعضای خانواده، دچار خود فراموش‌شدگی می‌شوند (۲). موضوع اعتیاد مصرف‌کننده، حتی ارتباط سایر اعضای خانواده با یکدیگر را نیز تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. خانواده‌ها به‌خصوص در سال‌های ابتدایی شروع تخریب‌های اجتماعی، خانوادگی و درگیری‌های قانونی مصرف‌کننده، تلاش زیادی برای محافظت و در امان ماندن وی از نتایج عملکردش می‌کنند؛ این موضوع در کنار ننگ اعتیاد و تلاش جهت پنهان ساختن آن از دیگران، فشار مضاعفی بر آن‌ها تحمیل می‌کند (۱). پیامدهای اقتصادی اعتیاد، مانند بیکاری نیز شرایط را برای اعضای خانواده دشوارتر می‌سازد (۳). از این منظر خانواده‌ها گاهی تخریبی به مراتب سنگین‌تر از مصرف‌کننده را متحمل می‌شوند. رفتارهای پرخطرگرا و طرد کننده اعضای خانواده، تحقیر و انزوای مصرف‌کننده را در پی دارد و شرایط خانه را برای مصرف‌کننده ناامن می‌سازد؛ در چنین فضایی چنانچه مصرف‌کننده موفق به قطع مصرف شود، با آشکار شدن مجدد تعارضات حل نشده خانواده، اعضا در مسیر درمان به‌صورت ناخودآگاهانه کارشکنی کرده؛ و زمینه را برای عود مجدد وی فراهم می‌آورند (۴). تحقیقات محدودی در زمینه نقش خانواده در پدیده عود و یا درمان اعتیاد در ایران انجام گرفته است. بررسی مطالعات انجام شده در ایران بین سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۷۰ نشان داد؛ فقط ۱۱ درصد از تحقیقات این حوزه در حیطه خانواده انجام شده بود، در صورتی که بر اساس یافته‌ها، میانگین اثرگذاری خانواده بر رفتار اعتیادی ۴۱ درصد

گزارش شده بود (۵)؛ این غفلت و سهل‌انگاری تحقیقاتی زمانی برجسته‌تر می‌شود که بدانیم ویژگی‌های شخصی همچون ادراکات، پاسخگویی مؤثر و مهارت‌های مقابله‌ای در فرد مصرف‌کننده، غالباً در خانواده‌ها شکل می‌گیرد.

جدای از آنچه بیان شد، بر اساس پژوهش صورت گرفته توسط زاهدی اصل و پیله‌وری، تحقیقاتی که به بررسی عوامل خانوادگی مؤثر در اعتیاد (روی‌آوری، درمان و مانایی) پرداخته بودند، غالباً موضوعات را به‌صورت کلیشه‌ای و سطحی مورد بررسی قرار داده‌اند (۶). درست است که ناسازگاری و خشونت (۷-۱۱)، سابقه اعتیاد در خانواده (۸، ۱۲)، فوت والدین و یا طلاق (۸) در گرایش به اعتیاد مؤثر است، اما دانستن این اطلاعات زمانی سودمند خواهد بود؛ که بتوانیم با استفاده از آن به هنگام غربالگری برای پیاده نمودن برنامه‌های پیشگیری، افراد در معرض ریسک را بهتر شناسایی نماییم. ضمن این که برای انجام مداخلات مناسب در این خانواده‌ها شناخت الگوی تعامل (۱۸-۱۳)؛ باورها، نگرش‌ها (۱۹، ۲۰) و ویژگی‌های فرهنگی خانواده‌ها (۴، ۸) حائز اهمیت می‌باشد؛ در نتیجه برای برنامه‌ریزی در این حوزه، ضروری است بدانیم برنامه‌های پیشگیرانه و یا درمانی باید چه محتوایی داشته باشند و چه چیز را چگونه اصلاح نمایند. در غالب تحقیقات انجام شده در کشور، عوامل اثرگذار (حمایت خانواده (۲۲، ۲۱)؛ کنترل اجتماعی (۲۱)؛ جو عاطفی خانواده و جهت‌گیری مذهبی (۲۳) به‌صورت کلی مورد توجه قرار گرفته‌اند؛ در نتیجه نمی‌توانند راهگشای مناسبی برای چگونگی فعالیت درمانگران باشند.

همان‌طور که گفته شد، چنانچه به دنبال یافتن روش‌های مؤثر در درمان اعتیاد هستیم؛ بدون توجه لازم به شرایط خانواده، پیامدها و تأثیرات اعتیاد بر آن و تلاش برای حذف و تعدیل این تأثیرات، امکان موفقیت ناچیزی خواهیم داشت. بررسی وضعیت خانواده‌هایی که مصرف‌کننده آن‌ها با عود مواجه شده است، امکان شناخت نیازها و مشکلات چنین خانواده‌هایی را برای ما فراهم می‌آورد. این شناخت راهگشای درمانگران و برنامه‌ریزان، در طراحی سیاست‌ها و اقدامات لازم برای کمک به خانواده‌ها و مصرف‌کنندگان خواهد بود. بر این اساس هدف از انجام مطالعه حاضر، شناسایی

زمینه‌های خانوادگی مؤثر بر عود مصرف‌کنندگان مواد مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی میان مدت بود.

### روش

این مطالعه بخشی از رساله دکتری نگارنده بود؛ که در سال ۱۳۹۵ در شهر تهران با استفاده از روش نظریه‌مبنایی صورت پذیرفت. مشارکت‌کنندگان این مطالعه را مصرف‌کنندگان و خانواده‌ها مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی میان مدت (کمپ بهمن و کمپ چیتگر و جمعیت خیریه تولد دوباره) تشکیل دادند. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری هدفمند جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد؛ و جمع‌آوری داده‌ها تا مرحله اشباع نظری ادامه یافت. بدین ترتیب ۱۲ نفر از مصرف‌کنندگان و ۱۲ نفر از اعضای خانواده ایشان مورد مصاحبه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. زمان مصاحبه‌ها بین ۴۵ دقیقه تا ۱۲۰ دقیقه به طول انجامید؛ و اصولاً با یک پرسش عمومی (به نظر شما تأثیر خانواده بر درمان اعتیاد چگونه است؟) در زمینه موضوع مورد مطالعه آغاز می‌شد؛ و تدریجاً بر مسائل خاص متمرکز می‌گشت؛ و در صورت نیاز از سؤالات کاوشی نظیر می‌توانید بیشتر توضیح بدهید؟ یا می‌شود مثال بزنید و... استفاده شد.

مشارکت‌کنندگان از میان افرادی با شرایط ذیل انتخاب شدند: (۱) مصرف‌کنندگانی که اعتیاد به مواد (اعم از محرک، مخدر، توهم‌زا) داشتند. (۲) در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۵ سال بودند. (۳) سابقه قطع مصرف مواد در یک بازه زمانی حداقل سه ماهه را داشتند. (۴) قبل از ورود به مراکز اقامتی به همراه خانواده خود زندگی می‌کردند؛ و خانواده ایشان نیز با مراکز اقامتی در ارتباط بودند. (۵) داروهای آنتی‌سایکوتیک مصرف نمی‌کردند و به لحاظ شناختی قادر به پاسخگویی به سؤالات ما بودند.

در انجام این پژوهش، رعایت موازین اخلاقی مورد توجه قرار گرفت. قبل از شروع مطالعه، موافقت مسئولان ذی‌ربط (مدیران مراکز مربوطه) جلب شد؛ همچنین تمامی مصاحبه‌ها با رضایت کامل مشارکت‌کنندگان در اتاقی خصوصی و امن در مراکز اقامتی مذکور انجام گرفت. محقق توضیحات کافی را در خصوص محرمانه بودن اطلاعات، عدم افشای هویت

مشارکت‌کنندگان و ماهیت پژوهش به مشارکت‌کنندگان ارائه نمود؛ و آنان را نسبت به هدف و انگیزه انجام تحقیق و نیز نحوه انتشار داده‌ها مطلع ساخت. از مشارکت‌کنندگان جهت ضبط مصاحبه‌ها اجازه گرفته شد. علاوه بر مصاحبه، مشاهده، یادداشت در عرصه و یادآور نویسی نیز توسط محقق صورت گرفت.

جمع‌آوری اطلاعات و فرآیند تحلیل داده‌ها به شکل موازی انجام شد. پس از تحلیل هر مصاحبه، مصاحبه بعدی انجام می‌گرفت. داده‌ها به شیوه کدگذاری اشتراوس و کوربین (Strauss & Corbin) در سه سطح (کدگذاری باز، محوری و انتخابی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند (۲۴). ابتدا مفاهیم شناسایی شدند و شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود در نشانه‌های متن، در ساخت مفاهیم مورد استفاده قرار گرفت. در مرحله بعد مقوله‌ها حاصل شدند. مقوله‌ها در مقایسه با مفاهیم انتزاعی‌تر هستند و سطحی بالاتر را نشان می‌دهند. مقولات نیز از همان فرآیند تحلیلی انجام مقایسات برای تولید مفاهیم، تولید شدند و در نهایت مقوله‌ها و زیر مقوله‌ها به یکدیگر ربط داده شده و ارتباط آن‌ها با مقوله محوری مشخص شد.

قبل از شروع مصاحبه‌ها، محقق جهت آشنایی با میدان مطالعه حدود یک سال در جلسات مختلف برگزار شده در مکان‌های مذکور شرکت داشت. درگیری طولانی مدت و مداوم محقق با محیط و مشارکت‌کنندگان، درک عمیق‌تر و حقیقی‌تری را از داده‌ها فراهم آورد. جهت اعتبار تحقیق، از روش کنترل متخصصان (expert check) استفاده شد. داده‌ها، مفاهیم و مقولات، توسط دو نفر از اساتید صاحب‌نظر، به‌منظور اطمینان از همخوانی طبقه‌ها با اظهارات مشارکت‌کنندگان و نیز اطمینان از کیفیت مقوله‌بندی و ارتباطات مقوله‌ها مورد بررسی قرار گرفت. همچنین یافته‌های به دست آمده به‌منظور بازبینی و تأیید، با سه نفر از مشارکت‌کنندگان پژوهش در میان گذاشته شد و اصلاحات لازم بر اساس نظر ایشان انجام گرفت (member check) (۲۴).



عمل بر مبنای سلايق فردی  
عدم پذیرش محتوای آموزشی  
پیشگویی‌های منفی  
نامیدی از درمان  
نگرانی برای آینده  
ناتوانی در کنترل امور  
احساس غم، تحقیر شدگی، ناامیدی، تنهایی، خشم، کینه و نفرت  
عدم تعادل هیجانی  
طرد  
احساس بی ارزشی  
خستگی و ناتوانی  
سرزنش خود و احساس گناه  
دارا بودن احساسات متضاد نسبت به مصرف‌کننده

میومد، درس می‌خوند. الآن هم همین کار رو داره می‌کنه. من فکر می‌کنم یکی از دلایلی که پسر من الآن برای ترک اومده اینجا، به خاطر این بود که دید مادرش داره از بین می‌ره. پسر من بر عکس من خیلی با مادرش مچ هست. شب‌ها می‌رن تو واحد خودشون تا ساعت ۲-۳ نصفه شب می‌گن می‌خندن و با هم هستن و روزی چند بار حال هم رو می‌پرسن. اصلاً زخم من رو از یاد برده» (خ م کد ۹). فرزندان مصرف‌کننده و والد طرف ائتلاف در این گونه روابط، نیاز عاطفی خود را با نزدیکی به یکدیگر برطرف ساخته بودند و والد دیگر نیز از این رابطه حذف شده بود.

**رفتارهای تنش‌زا:** برخی از عادات‌های رفتاری همچون قیاس و نصیحت‌گری در میان اعضای خانواده‌ها قابل پیگیری بود. «خیلی نصیحتش می‌کنم... ولی خب دوباره ادامه می‌ده» (خ م کد ۳)؛ «من و مادرم در هفته هشت روزش رو باهم دعوا می‌کنیم. مدام پسر خاله‌هام رو به رخ می‌کشه. من به مادرم میگم اون‌ها هر چی می‌خان باشن باشن. چهار تا فحش می‌دم می‌زنم بیرون از خونه» (م کد ۱۰).

خانواده‌ها غالباً از روش‌های ارتباطی غیرمستقیم بهره می‌بردند. «به مادرش میگم اگر محمدرضا اینقدر که به سگش می‌رسه به همسرش برسه، فکر کنم اون دختر خوشبخت‌ترین دختر روی زمین خواهد بود» (خ م کد ۹). مصرف‌کنندگان نیز بر این باور بودند که حتی در دوره‌های قطع مصرف ایشان رفتارهای اعضای خانواده‌شان تغییری پیدا نمی‌کند. «زمانی که پاک میشی همش اشتباهات گذشته‌ات رو به رخت می‌کشن. زمانی هم که در مصرف هستی اون

ناآرامی در خانواده به عنوان پدیده محوری این تحقیق شامل مفاهیمی نظیر ۱) درهم‌تنیدگی، ۲) مثلث سازی، ۳) رفتارهای تنش‌زا، ۴) دوری‌گزینی و کاهش ارتباطات و ۵) تهدیدهای عملیاتی نشده بود.

**درهم‌تنیدگی:** غالب مادران و همسران مشارکت‌کننده در این تحقیق درصد کنترل رفتار مصرف‌کننده بودند. «دائم وسیله‌هاش رو چک می‌کردم، همیشه هم مواد پیدا می‌کردم. اوایل رو سیگار هم حساس بودم. وقتی می‌رفت بالا سیگار بکشه دنبالش می‌رفتم. ادکلن می‌زد به دهنش...» (خ م کد ۶). مچ‌گیری از مصرف‌کننده و تلاش برای اثبات آنچه خانواده خود بدان اطمینان دارد، مرز روابط میان اعضای خانواده با مصرف‌کننده را مخدوش ساخته بود. این قبیل رفتارها علاوه بر از بین بردن حریم روابط میان اعضای خانواده، مصرف‌کننده را وادار به دروغ‌گویی و یا قول‌های عملیاتی نشده‌ای کرده بود؛ که به صورت بازگشتی اعتماد خانواده را سلب نموده و موجبات تنش بیشتر را در خانواده فراهم آورده بود.

**مثلث سازی:** در خانواده‌ها غالباً ائتلاف مثلثی شکلی میان یکی از والدین و فرزند مصرف‌کننده قابل پیگیری بود. البته گاهی ائتلاف میان والد - فرزند به دوران قبل از اعتیاد مصرف‌کننده بازمی‌گشت، اما انعکاس آن در رفتار والدین در زمان مصرف نیز قابل مشاهده بود. اظهارات کد ۹ به خوبی نشان‌دهنده نزدیکی مادر و فرزند مصرف‌کننده و کنار گذاشته شدن پدر از این رابطه بود. «اون بیشتر مادر بچه‌هاست تا همسر من. همونطور که در دوران مدرسه باهاش می‌رفت،

لحظه رو میزنن تو سرت. برادر من همش به من می‌گفت تو این دفعه هم میزنی» (م کد ۶).

**دوری گزینی و کاهش ارتباطات:** تلاش برای مخفی کردن اعتیاد مصرف‌کننده، خانواده‌ها را بر آن داشته بود که تا حد امکان ارتباطات خود را محدود نمایند. البته در تعدادی از موارد نیز دیگران به‌منظور در امان ماندن از پیامدهای اعتیاد مصرف‌کننده، ارتباط خود با این خانواده‌ها را محدود ساخته بودند. از سوی دیگر مصرف‌کنندگان به سبب جستجوی مداوم مواد، تأمین هزینه آن، جستجوی مکانی برای مصرف و پس از آن مصرف مواد از فعالیت‌های جاری خانواده به دور می‌مانند، خصوصاً آن‌که اصولاً آن‌ها در تلاشی دائمی برای پنهان شدن از دید اطرافیان، به‌منظور کاهش تنش و درگیری می‌باشند. در نتیجه پس از مدتی فصل مشترک میان مصرف‌کننده و خانواده از بین می‌رود. علاوه بر این از آنجا که مصرف‌کنندگان، غالباً در مظان اتهام اطرافیان بوده و مورد مناسبی برای سرزنش محسوب می‌شوند، چندان تمایلی برای مواجه شدن با اعضای خانواده و یا نزدیکان خود را ندارند. «آل آن چند سالی هست که تو جمع فامیل نیستی. معتاد که هستی هر انگلی رو بهت می‌چسبونن. رو این حساب خیلی دوست ندارم بهشون نزدیک بشم» (م کد ۸).

**تهدیدهای عملیاتی نشده:** غالب تصمیمات خانواده‌ها در ارتباط با مصرف‌کننده آنی بود؛ و از هیجانات منفی اعضا نشأت گرفته بود؛ از این رو پس از فروکش کردن این هیجانات اجرا نمی‌شدند. تصمیم آنی مشارکت‌کننده کد ۲ زمانی که همسرش به او پیشنهاد مصرف شیشه را می‌دهد به خوبی گویای این موضوع بود. «تقاضای طلاق دادم. دایی‌ش اومد خونه‌مون گفت این دیگه ترسید، به خاطر بچه‌ها برو تقاضات رو پس بگیر. من هم کوتاه اومدم، البته یه بار دیگه هم تقاضای طلاق داده بودم اون دفعه هم تقاضام رو پس گرفتم» (خ م کد ۲). در غالب موارد تهدیدکنندگان به هیچ روی تصمیمی جدی برای عملیاتی ساختن آنچه مصرف‌کننده را بدان تهدید می‌کردند، نداشتند، اما استفاده پی‌درپی از تهدید و عملیاتی نشدن آن، اثر آن را بر مصرف‌کننده خنثی کرده بود.

**شرایط علی: باورهای نادرست:** در ادراک تعداد قابل

توجهی از مشارکت‌کنندگان این تحقیق مشکلات و درگیری‌های خانواده صرفاً به تبع اعتیاد مصرف‌کننده حادث شده بود. از این رو به زعم آن‌ها برای تغییر شرایط، مصرف‌کننده است که باید تغییر کند. خانواده‌ها غالباً تصور می‌کردند هر نوع عملی که از آن‌ها سر می‌زند، صرفاً واکنشی به کنش‌های مصرف‌کننده بوده و آن‌ها در رخدادهای پیش‌آمده در تعاملاتشان مسئولیتی بر عهده ندارند. «حرف که می‌زدیم همسر داد میزد. همسایه‌ها شاکی شده بودند... من می‌دونستم داره مصرف میکنه یه بار بهش گفتم همسایه‌ها توی پارکینگ دیدنت. مصرف می‌کردی... رفت چاقو برداشت دنبالم کرد» (خ م کد ۲). از نظر غالب خانواده‌ها مصرف‌کننده با قدرت اراده می‌تواند به رهایی برسد. «بابا یه بار راهت رو اشتباه رفتی، دوبار رفتی، سه بار رفتی، بالاخره این همه آدم بهت گفتن تا کی میخای راهت رو اشتباه بری» (خ م کد ۱). مصرف‌کنندگان نیز بر این باورند که قطع مصرف صرفاً تلاشی برای کنترل بیماری است و نه درمان قطعی آن. «این تنها چیزی هست که طرف نمی‌تونه صد در صد اطمینان پیدا کنه که خوب میشه. سرطان درمان داره ولی این درمان نداره. ما اینجا قطع مصرف کردیم. ایشالله که پاک بمونیم» (م کد ۱۰). آن‌ها بیماری اعتیاد و درمان آن را تحت تأثیر عواملی خارج از اراده‌شان می‌پندارند.

«زن من با من خیلی راه اومد. شاید اگر یه مقدار عرصه زندگی رو به من تنگ می‌کرد، بهتر بود... نمیگم با جنگ و دعوا؛ ولی باید گیر میداد. همین کوتاهی باعث می‌شد من راحت به کارم ادامه بدم» (ب کد ۱۹).

مصرف‌کنندگان به گونه‌ای از مواد صحبت می‌کردند که ردپایی از اختیار آن‌ها در انتخاب بر جای نمی‌ماند. گویی مواد همچون گروه همتایان، خانواده و... موجودیتی مستقل و البته دارای شعور برای تعیین‌کنندگی سرنوشت و زندگی آن‌ها بود. «بعد از یه مدتی می‌بینی جواب نمیده. فروشنده‌ش هم میشی. کارهای دیگه هم انجام میدی. کثیف‌ترین کارها... ولی همه رو مواد می‌کنه. بازی‌های مواد دیگه. مواد مخدر آدم رو به جایی می‌رسونه که از خونه خودش دزدی کنه» (م کد ۳).

از باورهای دیگری که در میان مشارکت‌کنندگان قابل



«از یکی طلب داشتم، مواد بهش فروخته بودم، چی باعث شد؟ غر زدن‌ها و طلبکاری بیش از اندازه خانمم. اگر یک مقدار درست برخورد می‌کرد، لازم نبود اون پول رو بیارم. آدم به پول تمیزتر می‌آورد» (م کد ۳).

### شرایط مداخله‌گر: عدم تعادل هیجانی: غالب

خانواده‌ها، تلاش‌های خود برای درمان مصرف‌کنندگان را بی‌فایده قلمداد می‌کردند. آن‌ها عمیقاً غمگین و نگران بودند. دائماً به این می‌اندیشیدند که مصرف‌کننده در حال از بین بردن خودش است. نگرانی‌هایی در زمینه آینده نامعلوم خود و مصرف‌کننده‌شان داشتند. آن‌ها با خود می‌اندیشیدند اگر کنترل‌گری‌ها و تجسس‌هایشان نبود، اوضاع مصرف‌کننده هم‌اکنون بسیار وخیم‌تر از آن چیزی بود که هست. تعداد قابل توجهی از این مشارکت‌کنندگان در زمان یادآوری و صحبت از تأثیرات اعتیاد بر زندگی‌شان، ناتوان از کنترل احساسات خود بودند. «لَا ن بچه من یه آینده مبهم داره. زندگیش، سلامتش، کارش...» (خ م کد ۱۱)؛ «من پشت این درها هیچ امیدی ندارم...» (م کد ۱).

والدین تصور می‌کردند که قادر به تربیت صحیح فرزندان خود نبوده و آینده‌نگری لازم را در مورد آن‌ها نداشته‌اند. زنان می‌اندیشیدند که به دلیل ناتوانی آن‌ها در فراهم آوردن شرایط لازم در خانه، اسباب خروج همسرانشان از خانه و جذب او به دوستان ناباب فراهم آمده است.

«همه به من میگن که تو نگذاشتی زن بگیره این‌طوری شد. خب من میدیدم اذیت میکنه گفتم برای چی برم دختر مردم را بیچاره کنم... من هر چی خشم داشتم رو سر پسر بزرگم می‌ریختم... می‌زدمش. تقصیر من بود. این‌طوری پسرم بیشتر لج کرد» (خ م کد ۵).

سردرگمی در مواجهه با مصرف‌کننده، دارا بودن احساسات متضاد نسبت به او - دوست داشتن در عین تنفر، احساس گناه ناشی از آرزوهای بد برای مصرف‌کننده و... از مواردی است که منجر به از پا افتادگی اعضای خانواده شده بود.

«یه زمان‌هایی که تحت فشار قرار می‌گیرم... آرزوی مرگش رو می‌کنم. شاید نه یقیناً... الان هم از خدا می‌خوام که خدایا واقعاً تو مسیر سلامتی قرارش بده. به جوونیش رحم کن. دیگه نمی‌دونم مصلحت خدا چی باشه براش... اما درخواستم

پیگیری بود، اعتقاد آن‌ها به وسوسه‌انگیز بودن دوستان مصرف‌کننده، مکان مصرف و ابزار مصرف بود. در همین راستا تعدادی از مصرف‌کنندگان تجربه عود خود را نشأت گرفته از همجواری با این سه عامل می‌دانستند.

«من نزدیک به یک سال پاک بودم. بعد از یک سال گفتم بذار برم یکی از دوستانم رو که باهاش مصرف می‌کردم ببرم جلسه... رفتم ولی موقع برگشتن نشئه برگشتم. خودم هم نرفتم جلسه. در حالی که به من گفته بودند تنهایی نرو محل بازی، یا جایی که مواد هست. من گوش نکردم» (م کد ۱۰).

### منبع کنترل بیرونی: مشارکت‌کنندگان این تحقیق غالباً

فعالیت‌های خود را به یک کنترل‌گر بیرونی منتسب می‌ساختند. اعضای خانواده مسئولیت اعتیاد مصرف‌کننده را بر دوش دوستان ناباب و یا محیط زندگی آلوده قرار می‌دادند. آن‌ها گاه خانواده‌های مبدأ نامناسب همسر، گاه خواست و مشیت الهی را مسئول اعتیاد مصرف‌کننده می‌دانستند. هر یک از والدین، والد دیگر را در خصوص اعتیاد فرزندشان متهم و سرزنش می‌کرد. برای عده‌ای کوتاهی و بی‌توجهی والد دیگر در تربیت فرزند (بیشتر معطوف به پدران بود) و برای عده‌ای دیگر، توجه بیش از حد و حمایت‌های ناسالم والد دیگر (بیشتر معطوف به مادران بود) عامل روی‌آوری مصرف‌کننده به اعتیاد برشمرده می‌شد. «فقط رفیق بازی خرابش کرد... پدرش هم باهاش رفیق نبود» (خ م کد ۵). «یه موقع‌هایی میگه مامان به خدا ناخواسته گرفتار شدم. انگار خدا خواست با داداشش تو زندان دوباره با هم بیفتند... هر چی با اون باشه بیشتر غرقش میکنه... محله خیلی تأثیر داشت» (خ م کد ۱). علاوه بر خانواده‌ها، مصرف‌کنندگان نیز غالباً عامل روی‌آوری خود را به اعتیاد، محیط، اعضای خانواده و دوستان ناباب برمی‌شمردند. «من از بچگی با مواد بزرگ شدم. حالا بابام میگه چرا تو این‌طوری شدی؟ آخه یکی نیست بگه من بچه که بودم همش تریاک‌های تو رو می‌زدیم» (م کد ۱).

البته اسناد بیرونی و واگذاری مسئولیت به دیگران تنها در زمینه روی‌آوری به مواد نبود؛ در برخی موارد مصرف‌کنندگان عامل رفتارهای نامناسب خود در زمان مصرف را نیز خانواده می‌پنداشتند.

به‌طوری که حتی زمانی که مصرف‌کنندگان در دوره‌های قطع مصرف به سر می‌بردند، خانواده‌ها دائماً در حال کنترل آن‌ها بودند.

«سه ماه بود مصرف نمی‌کردم، شب تا صبح بیدار بودم... تلویزیون نگاه می‌کردم... پدرم فکر می‌کرد شیشه مصرف می‌کنم که نمی‌خابم. هر چقدر بهش می‌گفتم، باور نمی‌کرد. گفتم حاضرم آزمایش بدم... گفت تو یه کاری می‌کنی آزمایشت منفی بشه» (م کد ۱۱).

### بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ناآرامی در خانواده، پدیده محوری در عود اعتیاد است. ناآرامی در خانواده شامل مفاهیمی نظیر (۱) درهم‌تنیدگی، (۲) مثلث سازی، (۳) رفتارهای تنش‌زا، (۴) دوری‌گزینی و کاهش ارتباطات و (۵) تهدیدهای عملیاتی نشده بود؛ که تحت تأثیر عدم تعادل هیجانی موجود در خانواده‌ها شدت می‌یافت. تعارض میان والدین در خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده مواد به نحو محسوسی قابل پیگیری بود. بر اساس نظر Bacon و همکاران با مشاهده تعارض والدین، فرزندان به‌منظور متحد ساختن آن‌ها، رفتارهای نابهنجارانه‌ای همچون مصرف مواد را از خود نشان می‌دهند. در صورت قطع مصرف، تعارضات حل نشده والدین مجدداً رخ می‌نمایند، وحدت معیوب شکل گرفته حول وجود عضو معتاد برهم می‌خورد (۲۵) و در نتیجه‌ی عدم وجود محیط همدلانه و آرامش‌بخش، مجدداً شرایط برای عود مصرف‌کنندگان فراهم می‌آید (۲۶، ۲۷).

نشخوار بی‌پایان افکار بیهوده در خصوص مشکلات ناشی از مصرف مواد و تمرکز بر رفتارهای مصرف‌کننده، خانواده‌ها را از پرداختن به نیازهای خود بازداشته و افزایش انتظارات خانواده از مصرف‌کننده را در پی دارد، این موضوع بر شدت تنش‌های موجود در خانواده‌ها می‌افزاید (۲۸). در این راستا Borton و همکاران بر این باور هستند؛ که زنان از آنجا که به لحاظ فرهنگی به‌عنوان مراقبت‌کننده آموزش می‌بینند، غالباً در دام رفتارهای کنترل‌گرانه، غفلت از خود و خود قربانی‌گری خواهند افتاد؛ که به‌صورت معکوس بر چگونگی ارتباط

از خدا این هست که اگر بخاد این راه رو ادامه بده و تو زندگیش شخصی باشه که آسیب‌رسون باشه خیلی عمر طولانی نداشته باشه؛ به رغم این که گفتن یک چنین چیزی برای یه مادر فوق‌العاده سخته» (خ م کد ۱۱).

علاوه بر خانواده‌ها، تعدادی از مصرف‌کنندگان نیز به سبب تبعاتی که اعتیادشان برای خانواده داشته، یا ناتوانی در انجام مسئولیت‌های خود در قبال اعضای خانواده با احساس گناه دست و پنجه نرم می‌کردند.

«برادر بزرگ من ازدواج کرده. کسی خونه نیست... مادر من پیر شده... عذاب وجدان دارم از یاری نکردن شون. وقتی خواهرم میره در اتاقش رو مینده و با من یک کلمه هم حرف نمی‌زنه. من می‌فهمم این کارش برای چی هست... نتیجه حرکت خودم هست... تقصیر اون نیست. من آبروی اون رو بردم...» (م کد ۴).

**زمینه: عدم آگاهی:** این مقوله شامل مفاهیم (۱) رویکردهای تنبیهی، (۲) بی‌اعتمادی و (۳) پیشگویی‌های منفی بود. خانواده‌ها شناخت دقیقی از بیماری، نحوه درمان آن و چگونگی مواجهه با بیمار در دوران بهبودی نداشتند. آن‌ها در راستای تلاش برای درمان مصرف‌کننده، اصولاً از مسیریایی بهره می‌بردند که موجب وخیم‌تر شدن شرایط مصرف‌کننده می‌شد. به‌عنوان نمونه خانواده‌ی مشارکت‌کننده شماره ۱ با این تصور که با ازدواج، احتمال درمان فرزندشان بالاتر می‌رود او را مجبور به ازدواج می‌کنند. «آخه من زن می‌خاستم چکار. گفتن محمود زن بگیره درست میشه. چرا برا من زن گرفتن...» (م کد ۱). طرد، اجبار برای درمان، حذف حمایت‌های مالی و... از جمله اقداماتی است که خانواده‌ها برای متنبه ساختن مصرف‌کننده به آن مبادرت نموده بودند. رفتارهای نامناسب خانواده، از خانه برای مصرف‌کنندگان محل ناامنی ساخته و دوستان مصرف‌کننده را به تنها منبع آرامش برای او تبدیل نموده بود. «من تا مصرف می‌کنم خانواده‌م سریع زنگ می‌زنن کمپ اجباری... به خاطر همین زمانی که مصرف می‌کنم از خونه بیرون می‌رم. می‌رم یه سال بعد میام» (ب کد ۶).

قول‌های عملیاتی نشده و عودهای مکرر مصرف‌کنندگان، موجب بی‌اعتمادی خانواده‌ها نسبت به آن‌ها شده بود،



ایشان با سایر اعضای خانواده و مصرف‌کننده تأثیرگذار است (۲۹).

ممانعت از پذیرش دوستان و نزدیکان در منزل، کاهش ارتباطات اعضای خانواده و آشفتگی در روابط بین فردی از جمله ویژگی‌های افزایش‌دهنده تنش در این خانواده‌ها است. این خانواده‌ها اصولاً مرزهای بیرونی محکمی ایجاد می‌کنند، این در حالی است که غالباً مرزهای درونی آن‌ها بسیار نامشخص و پراکنده است (۳۰). آشفتگی، پرخاشگری، عدم بردباری و بدگمانی به‌عنوان برخی از مهم‌ترین ویژگی‌های خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده ماحصل وجود مرزهای درونی نامشخص و پراکنده در این خانواده‌هاست (۲۹).

فشارهای مالی، روانی، اجتماعی، قانونی ناشی از اعتیاد، سطح احساسات و هیجانات منفی اعضا را افزایش می‌دهد. ناتوانی در تنظیم هیجانات و وجود عواطف منفی نظیر خشم، شرم، احساس گناه، اضطراب، نیروی‌های انگیزشی قدرتمندی برای مصرف مواد بوده و از بزرگ‌ترین چالش‌های موجود بر سر راه بهبودی مصرف‌کنندگان مواد است (۳۱-۳۳). افراد با سطح بالای عاطفه منفی، تحمل پایینی در برابر آشفتگی‌ها دارند و غالب افرادی که به سمت اعتیاد بازمی‌گردند، سطح پایین‌تری از عواطف مثبت را تجربه می‌کنند (۳۴). مصرف مواد بسیاری حالت‌های روان‌شناختی و هیجانی نظیر تشویش، نگرانی، آشفتگی و نیز افسردگی را در مصرف‌کننده تقلیل می‌دهد؛ در نتیجه شرایطی که به افزایش هیجانات منفی منجر شود مستقیماً بر عود تأثیرگذار خواهد بود (۳۵،۳۶)؛ این در حالی است که مدیریت هیجانات منفی و افزایش سطح هیجانات مثبت، امکان استفاده از استراتژی‌های مقاومتی در برابر موقعیت‌های دارای ریسک مصرف مواد را به میزان قابل‌توجهی افزایش خواهد داد (۳۷).

بخش اعظم عواطف منفی و تنش‌های موجود در خانواده‌ها، نشأت گرفته از نوع باورهای آن‌ها بود. مشارکت‌کنندگان، مصرف‌کننده را مسئول تعارضات خانوادگی‌شان می‌دانستند؛ این خانواده‌ها نیازمند فردی برای بازی نقش بیمار بودند. مصرف‌کنندگان به‌عنوان بیمار معلوم (Identified Patients) یا بز طلیعه‌ساز خانواده (Family Scapegoats)؛ قربانی حفظ تعادل نامیمون خانواده

می‌شدند؛ به عبارت دیگر اعضای خانواده مسئولیت شرایط موجود را بر عهده فرد خاصی قرار داده؛ و در نتیجه نقش خود را در تغییر و یا بهبود شرایط کم‌رنگ ارزیابی می‌کردند (۳۸)؛ مصرف‌کنندگان نیز غالباً عواملی خارج از اراده و تمایل خود را در درمان مؤثر دانسته؛ و مسئولیت‌چندانی برای بهبودیشان تقبل نمی‌کردند؛ آن‌ها خود را برای لغزش در موقعیت‌های تهدیدآمیز آماده کرده بودند (۳۹). به زعم ایشان اعتیاد غیرقابل درمان بود؛ و آن‌ها تنها می‌توانستند این بیماری را کنترل نمایند. در همین راستا نتایج پژوهش Vonasch و همکاران نشان داد، مصرف‌کنندگانی که قادر به خروج از اعتیاد می‌شوند، اعتقاد بیشتری به تأثیر تمایل و اراده خود در درمان اعتیاد دارند؛ این در حالی است که افرادی که قدرت اراده خود را ضعیف می‌پندارند، به احتمال بالا موفقیت اندکی در درمان حاصل می‌نمایند (۴۰). چنانچه مصرف‌کنندگان باور داشته باشند که قادر به کنترل اعتیاد (هر رفتار دیگری) هستند؛ به احتمال بالاتری مسئولیت درمان را خواهند پذیرفت، در غیر این صورت آن‌ها دلایل اندکی برای تلاش جهت تغییر خواهند داشت (۴۱،۴۲).

همان‌طور که گفته شد، مشارکت‌کنندگان شرایط موجود خود را به یک کنترل‌گری بیرونی منتسب می‌ساختند. نادیده گرفتن مسئولیت و ناچیز شمردن توانایی مصرف‌کننده در کنترل بیماریش، با احتمال بالاتری وی را در معرض خطر عود قرار خواهد داد. پژوهش Rise نیز نشان داد، سبک استناددهی مستقیماً بر مسئولیت‌پذیری در درمان مؤثر است (۴۳). تحریف‌های شناختی (باورهای نادرست) امکان عود را تسهیل می‌نمایند؛ ضمن این‌که عود در غالب موارد توأم با انکار مسئولیت است (۴۴). نگرش و عقاید اعضای خانواده در خصوص اعتیاد، به سبب اثر مستقیم بر مصرف‌کننده، عامل تأثیرگذاری در بهبودی و کارآمدی مداخلات درمانی داشت. اگر والدین، اعتیاد را به‌عنوان شکست اخلاقی ببینند؛ و تصور کنند فرزندشان باید از قدرت اراده جهت رهایی از اعتیاد استفاده کند، به نسبت زمانی که آن‌ها اعتیاد را چون یک بیماری در نظر می‌گیرند، با مصرف‌کننده رفتار متفاوتی خواهند داشت (۳۰،۴۵). در تحقیق Mak نیز نشان داده شد که پیش‌بینی مادران در خصوص روی‌آوری فرزندانشان به

از سوی دیگر سطح عاطفه منفی را در خانواده‌ها و مصرف‌کنندگان افزایش دهد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود درمانگران بر تعاملات خانواده‌ها، سلسله‌مراتب قدرت در خانواده، تعارضات والدینی، مرزهای ارتباطی اعضا توجه ویژه نمایند. ناآگاهی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز در سطح بالای تنش در این خانواده‌ها با آموزش مداوم مرتفع خواهد شد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از رساله مقطع دکترای تخصصی با شماره ۲۴۵ مورخ ۱۳۹۲/۰۸/۱۳ مصوب دانشگاه علامه طباطبائی است. بدین وسیله نگارندگان از مسئولان مراکز اقامتی میان مدت بهمن و چیتگر، جمعیت خیریه تولد دوباره و تمامی مشارکت‌کنندگان پژوهش قدردانی به عمل می‌آورند.

### تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

اعتیاد، با نتایج به دست آمده از اعتیاد آن‌ها ارتباط مثبت و معنی‌داری داشت. گرچه باورهای فرزندان نیز در این میان به عنوان یک متغیر مداخله‌گر تأثیرگذار بود، اما از آنجا که غالباً پیش‌بینی‌های مادران با رفتارهایشان همسو می‌شد نتایج آن بر فرزندان قابل توجه بود. به همین ترتیب زمانی که خانواده‌ها فرزندان را ناتوان در درمان اعتیاد می‌انگارند، اعمال آن‌ها شرایط را برای عود ایشان آماده می‌سازد (۴۶). لازم به ذکر است این پژوهش تجربه زنان مصرف‌کننده را لحاظ نکرده است. مصاحبه‌ها در مراکز اقامتی میان‌مدت، در یک محیط مردانه با محدودیت امکان ارتباط مکرر با مصرف‌کنندگان انجام شد. از این رو احتمال می‌رود مشارکت‌کنندگان اعتماد لازم را به پژوهشگر به دست نیاورده باشند. علاوه بر این جنسیت محقق می‌تواند در فرآیند پاسخگویی مشارکت‌کنندگان تأثیرگذار باشد.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده اهمیت آگاهی خانواده‌ها و مصرف‌کنندگان در خصوص بیماری اعتیاد و نحوه درمان آن بود. عدم آگاهی می‌تواند زمینه‌ساز باورها و تفکراتی شود که از یک سو مانع تعامل مناسب میان اعضای خانواده‌ها شود و

### References

1. Clarahan W, Christenson JD. Family involvement in the treatment of adolescent substance abuse. In: Christenson JD, Merritts AN. Family Therapy with Adolescents in Residential Treatment. Switzerland: Springer International Publishing; 2017. p. 231-43.
2. Bortolon CB, Signor L, Moreira Tde C, Figueiró LR, Benchaya MC, Machado CA, et al. Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. Cien Saude Colet 2016; 21(1): 101-7.
3. Lander L, Howsare J, Byrne M. The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. Soc Work Public Health 2013; 28(3-4): 194-205.
4. Thombs DL, Osborn CJ. Introduction to Addictive Behaviors. 5th ed. New York: Guilford Press; 2019.
5. Mohseni-Tabrizi A, Jazayeri A, Babaei N. Factors affecting substance abuse in Iran: A meta-analysis of 49 psychosocial studies. Journal of Social Problems of Iran 2010; 1(1): 175-200. [In Persian].
6. Zahedi Asl M, Pilevari A. A meta -analysis of addiction and family studies. Social Development & Welfare Planning 2017; 7(28): 8-46. [In Persian].
7. Choenni V, Hammink A, van de Mheen D. Association between substance use and the perpetration of family violence in industrialized countries: A systematic review. Trauma Violence Abuse 2017; 18(1): 37-50.
8. Boostani D, Karamizadeh E. Conditions and strategies of crystal (Methamphetamine) consumption among addicted women (Case study: Kerman City). Woman in Development and Politics 2017; 15(1): 1-20. [In Persian].
9. Ghaderi S, Nouri R, Karimi J, Morovat B. Etiology of women's addiction (A comparative study). Iranian Journal of Social Problems 2017; 8(1): 139-62. [In Persian].

10. Mancheri H, Sharifi Neyestanak N, Seyedfatemi N, Heydari M, Ghodoosi M. Psychosocial problems of families living with an addicted family member. *Iran Journal of Nursing* 2013; 26(83): 48-56. [In Persian].
11. Schäfer I, Barnow S, Pawils S; CANSAS Study Group. Substance use disorders as a cause and consequence of childhood abuse. basic research, therapy and prevention in the BMBF-funded CANSAS-network. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2016; 59(1): 35-43. [In German].
12. Shaterian M, Menati R, Kassani A, Menati W. Associated factors with addiction relapse in patients of referring to addiction treatment centers in Ilam: A case-control study. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2015; 22(6): 165-73. [In Persian].
13. Smith VC, Wilson CR; Committee on Substance Use and Prevention. Families affected by parental substance use. *Pediatrics* 2016; 138(2): e20161575.
14. Shafiabady A, Navabinejad S, Falsafinejat M, Najaflooy F. Comparing interactions pattern in families with and without substance dependent member and providing appropriate interventionist strategies. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy* 2012; 1(3):264-83. [In Persian].
15. Masood S, Us Sahar N. An exploratory research on the role of family in youth's drug addiction. *Health Psychol Behav Med* 2014; 2(1): 820-32.
16. Batool S, Manzoor I, Hassnain S, Bajwa A, Abbas M, Mahmood M, et al. Pattern of addiction and its relapse among habitual drug abusers in Lahore, Pakistan. *East Mediterr Health J* 2017; 23(3): 168-72.
17. Baradon T. *The Practice of Psychoanalytic Parent-Infant Psychotherapy: Claiming the Baby*. London, New York: Routledge; 2005.
18. Čablova L, Pazderková K, Mioviský M. Parenting styles and alcohol use among children and adolescents: A systematic review. *Drugs: Education Prevention and Policy* 2014; 21(1): 1-13.
19. Choate PW. Adolescent alcoholism and drug addiction: The experience of parents. *Behav Sci (Basel)* 2015; 5(4): 461-76.
20. Komasi S, Saeidi M, Zakiei A, Amiri MM, Soltani B. Cognitive restructuring based on metaphor therapy to challenge the irrational beliefs of drug addicts undergoing buprenorphine treatment. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction* 2017; 6(1): e31450.
21. Eidi M, Namdari M, Dehghani Zadeh Z, Saiadi S. Examine the social factors affecting survival the treatment of drug in addiction 2017; 2(4): 139-54. [In Persian].
22. Ashrafi Hafez A, Kazemeini T, Shayan S. The relationship of social support and religious orientation with relapse rates in opioid dependent patients under methadone maintenance therapy. *Advances in Nursing & Midwifery* 2015; 24(84): 35-44. [In Persian].
23. Arghabaei M, Solimanian AA, Mohammadipoor M. The role of emotional family atmosphere in drug use tendency: The mediating role of negative affect. *Research on Addiction* 2018; 12(45): 53-70. [In Persian].
24. Lambert M. *Grounded theory. Practical Research Methods in Education: An Early Researcher's Critical Guide*. US: Routledge; 2019.
25. Bacon M. *Family Therapy and the Treatment of Substance Use Disorders: The Family Matters Model*. US: Routledge; 2019.
26. Noormohammadi MR, Nikfarjam M, Deris F, Parvin N. Spiritual well-being and associated factors with relapse in opioid addicts. *J Clin Diagn Res* 2017; 11(3): VC07-10.
27. Afkar A, Rezvani SM, Emami Sigaroudi A. Measurement of factors influencing the relapse of addiction: a factor analysis. *Int J High Risk Behav Addict* 2017; 6(3): e32141.
28. Wilkens C, Foote J. "Bad parents," "codependents," and other stigmatizing myths about substance use disorder in the family. In: Avery JD, Avery JJ. *The Stigma of Addiction*. Switzerland: Springer; 2019. p. 33-53.
29. Borton CB, Ferigolo M, Tannhauser Barros HM. Families that live with disorders related to substances and addiction. *Journal of Drug Abuse* 2017; 3(1): 1-4.
30. Laboy-García GM, Cruz-Bermudez ND, Sosa-Arrufat R. Parents' perceptions and perspectives about their sons' drug addiction and rehabilitation process. *Revista Puertorriqueña de Psicología* 2016; 27(1): 148-64.
31. Koob GF. Negative reinforcement in drug addiction: The darkness within. *Curr Opin Neurobiol* 2013; 23(4): 559-63.
32. Anand D, Chen Y, Lindquist KA, Daughters SB. Emotion differentiation predicts likelihood of initial lapse following substance use treatment. *Drug Alcohol Depend* 2017; 180: 439-44.
33. Kelly JF, Greene MC. Toward an enhanced understanding of the psychological mechanisms by which spirituality aids recovery in alcoholics anonymous. *Alcoholism Treatment Quarterly* 2014; 32(2-3): 299-318.
34. Pang RD, Farrahi L, Glazier S, Sussman S, Leventhal AM. Depressive symptoms, negative urgency and substance use initiation in adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2014; 144: 225-30.

35. Hogarth L, Hardy L. Depressive statements prime goal-directed alcohol-seeking in individuals who report drinking to cope with negative affect. *Psychopharmacology (Berl)* 2018; 235(1): 269-79.
36. Mathew AR, Hogarth L, Leventhal AM, Cook JW, Hitsman B. Cigarette smoking and depression comorbidity: Systematic review and proposed theoretical model. *Addiction* 2017; 112(3): 401-12.
37. Akhlaghi Yazdi Nejad F, Hossein Sabet F, Borjali A. Effectiveness of emotion regulation training on increasing self-efficacy and well-being in drug-dependent individuals. *Journal of Occupational Health and Epidemiology* 2017; 6(1): 9-16.
38. Minuchin S, Nichols MP, Lee WY. *Assessing Families and Couples: From Symptom to System*. London: Pearson; 2006.
39. Morin JG, Harris M, Conrod PJ. *A Review of CBT Treatments for Substance Use Disorders*. UK: Oxford University Press; 2018.
40. Vonasch AJ, Clark CJ, Lau S, Vohs KD, Baumeister RF. Ordinary people associate addiction with loss of free will. *Addict Behav Rep* 2017; 5:56-66.
41. Shariff AF, Greene JD, Karremans JC, Luguri JB, Clark CJ, Schooler JW, et al. Free will and punishment: A mechanistic view of human nature reduces retribution. *Psychol Sci* 2014; 25(8): 1563-70.
42. Feldman G, Baumeister RF, Wong KFE. Free will is about choosing: The link between choice and the belief in free will. *Journal of Experimental Social Psychology* 2014; 55: 239-45.
43. Rise J, Aarø LE, Halkjelsvik T, Kovac VB. The distribution and role of causal beliefs, inferences of responsibility, and moral emotions on willingness to help addicts among Norwegian adults. *Addiction Research & Theory* 2014; 22(2): 117-25.
44. Kwasnicka D, Dombrowski SU, White M, Sniehotta F. Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: A systematic review of behaviour theories. *Health Psychol Rev* 2016; 10(3): 277-96.
45. Ólafsdóttir J, Hrafnisdóttir S, Orjasniemi T. Depression, anxiety, and stress from substance-use disorder among family members in Iceland. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2018; 35(3): 165-78.
46. Mak HW. Parental belief and adolescent smoking and drinking behaviors: A propensity score matching study. *Addict Behav Rep* 2018; 8:11-20.

## Effective Context and Familial Conditions on Drug Addiction Relapse: A Qualitative Study

Azam Pilevari<sup>1</sup> , Seyed Mohammad Hossein Javadi<sup>2</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Family is one of the causative factors of initiation and relapse of addictive behaviors. Family is like a double-edged sword due to the fact that family may function both as a supporter of drug users as well as a shield to protect them against their withdrawal hardships, and also a cause of drug addiction relapse. Lack of sufficient knowledge and domestic studies on this issue, make it necessary to deal with this issue through investigation. So, this study aimed to identify effective context and familial conditions on addiction treatment non-retention.

**Method:** This study is a part of a larger study on the role of the family in addiction treatment retention. It was conducted by Grounded theory in Tehran in 2016. Sampling was performed using purposive sampling from clients of medium-term residential centers and continued until data saturation. Data were collected using semi-structured interviews with 12 drug users and 12 members of their families. Data were analyzed using Strauss and Corbin coding methods.

**Results:** The main theme of this study was family conflict. Family conflict includes subthemes such as enmeshment, triangulation, stressful behavior, communication avoidance and diminishing communication, non-operating threats, which were intensified by emotional imbalance (interference conditions). Based on the participants' experiences, causality conditions affecting drug addiction relapse include false belief and external locus of control in a context of users and family's unawareness.

**Conclusion:** Users and family's insight and perception of the nature of addiction result in negative emotions, and accordingly, lead to dysfunctional interactions that provide context for drug addiction relapse.

**Keywords:** Addiction, Family, Relapse, Grounded theory

**Citation:** Pilevari A, Javadi SM. **Effective Context and Familial Conditions on Drug Addiction Relapse: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2019; 8(2): 107-19. [In Persian]

Received date: 16.08.2018

Accept date: 28.08.2018

Published: 21.09.2019

1- PhD in Social Work, Department of Social Work, Faculty of Social Science, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Social Work, Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

**Corresponding Author:** Azam Pilevari, Email: pilevari.a@gmail.com